

ใบสมัครขอรับทุนการศึกษาบุตรสมาชิกสหกรณ์ออมทรัพย์อนามัยสุรินทร์ จำกัด

ประจำปี 2562

\*\*\*\*\*

ชื่อสมาชิก.....  
เลขทะเบียนสมาชิก.....หน่วย.....ระยะเวลาการเป็นสมาชิก.....ปี  
ชื่อบุตรสมาชิกที่ขอรับทุนคือ.....อายุ.....ปี  
กำลังศึกษาอยู่ชั้น.....สถานศึกษา.....  
ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัด.....

ลงชื่อ .....

(.....)

สมาชิก

ลงชื่อ .....ผู้รับสมัคร

(.....)

กรรมการ / ผู้ประสานงาน / หน่วย.....

...../...../.....

ชื่อสมาชิก.....

ชื่อบุตร.....

ลายมือชื่อสมาชิก.....

(.....)

ลายมือชื่อ .....

(.....)

กรรมการเขต/ผู้ประสานงาน/หน่วย.....

...../...../.....

ชื่อสมาชิก.....

ชื่อบุตร.....

ลายมือชื่อสมาชิก.....

(.....)

ลายมือชื่อ.....

(.....)

กรรมการเขต/ผู้ประสานงาน/หน่วย.....

...../...../.....

\*\*\*ขอให้ผู้รับผิดชอบ ตัดส่วนนี้เก็บไว้\*\*\*

\*\*\*ขอให้ผู้รับผิดชอบ ตัดส่วนนี้ให้สมาชิกเก็บไว้\*\*\*